

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 98

DE LA
MUCOCÈLE
DU SINUS MAXILLAIRE

—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry ALOIN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 28 janvier 1887, à Auvillard-sur-Saône (Côte-d'Or)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1913

DE LA
MUCOCÈLE
DU SINUS MAXILLAIRE



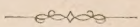
Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 98

DE LA

MUCOCÈLE

DU SINUS MAXILLAIRE

—  —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Henry ALOIN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 28 janvier 1887, à Auvillard-sur-Saône (Côte-d'Or)



MALOINE, EDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—
Propédeutique urologique	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle	MARTIN (EL)	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (EL).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	NOGIER.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	LATARJET.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.		CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. COLLET, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;

MM. BÉRARD et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MEME AUTEUR

Sur un cas de fracture isolée du rocher. En collaboration avec M. le docteur Patel. Soc. des sc. médic., 1909, *Lyon médical*.

Sur l'avenir des prématurés nés de mère tuberculeuse. *Lyon Médical*, 1910. (En collaboration avec M. le docteur Planchu.)

Sur un cas d'ostéite post-typhique de la clavicule. (En collaboration avec M. le docteur Gayet.)

Sur un cas d'hémorragie cérébrale atypique. (En collaboration avec M. le professeur Lannois.) *Lyon Médical*, 1912.

Sur deux cas de syndrome d'Avellis. (En collaboration avec M. Croizier, interne des hôpitaux.) *Lyon Médical*, 1912.

Sur un cas de diagnostic difficile d'une grossesse tubaire. (En collaboration avec M. le professeur Pollosson.)

Au sujet d'un corps étranger de l'œsophage et des procédés d'extraction. (En collaboration avec M. le docteur Bérard.)

Sur un cas d'adénie accompagné d'un syndrome de compression intrathoracique. (En collaboration avec M. le professeur Bérard.)

En préparation : Etude de l'abcès intra-dural. (En collaboration avec M. le professeur Lannois.)

A MA FIANCÉE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Qu'ils soient assurés de ma profonde
reconnaissance et de mon affection
profonde.

A MON FRÈRE, A MES SOEURS,

A MON BEAU-FRÈRE

A Monsieur le Docteur BERTOYE

Ancien Interne des Hôpitaux

A Mademoiselle GABRIELLE BERTOYE

A MES PARENTS

A MES AMIS

Nous avons eu l'occasion d'aborder la question du mucocèle du sinus maxillaire, alors que nous avions l'honneur d'être l'Interne de M. le Professeur COLLET. Il a bien voulu nous confier les quelques observations qu'il avait pu réunir antérieurement. Nous sommes particulièrement heureux de pouvoir le remercier ici de sa bienveillance à notre égard, pendant le semestre que nous avons passé dans son service, des conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer et de la marque d'estime qu'il nous donne en acceptant de présider notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre bien vive reconnaissance.

M. le Professeur LANNOIS nous a donné dans diverses circonstances et particulièrement lorsque nous avions l'honneur d'être son interne, des marques particulières de sa bienveillance. Qu'il nous permette de l'assurer de notre profonde gratitude.

M. le Docteur GAREL fut le maître, l'ami du Docteur BERNOUD auquel j'étais uni par les liens de la plus vive affection et à la mémoire duquel je me fais un devoir de rendre ici un dernier hommage. Il nous a donné à différentes reprises les marques du plus bienveillant intérêt, nous l'en remercions bien sincèrement, et le prions de croire à nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

M. le Docteur BÉRARD veut bien nous faire l'honneur d'être notre juge, nous l'en remercions ici, en même temps que l'intérêt qu'il nous a porté pendant notre semestre d'internat dans son service.

Nous avons contracté depuis longtemps une dette de reconnaissance à l'égard de M. le Professeur agrégé PATEL. Il a droit à plus d'un titre à notre gratitude, dont nous l'assurons une fois de plus ici.

M. le Professeur ROLLET, a mis la bibliothèque de la Clinique à notre disposition, il a bien voulu nous écouter toujours avec amabilité et nous seconder de ses conseils, nous l'en remercions sincèrement.

Nous remercions en terminant, nos maîtres dans les hôpitaux qui furent pour nous des guides éclairés et bienveillants, en particulier M. le Professeur PAVIOT qui nous a donné dans certaines circonstances les marques d'un dévouement dont nous lui serons toujours reconnaissant.

Nous n'oublions pas non plus les excellents amis que nous laissons à l'internat. Qu'ils soient assurés du souvenir plein de charme que nous conserverons de notre salle de garde.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

EXTERNAT :

- M. le Professeur MOUISSET, médecin des hôpitaux.
- M. le Professeur NICOLAS, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur VIGNARD, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Professeur agrégé BÉRARD, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Professeur PAVIOT, médecin des hôpitaux.
- M. le Professeur agrégé VORON, accoucheur des hôpitaux.

INTERNAT :

- M. le Docteur FAVRE, médecin des hôpitaux.
- M. le Professeur agrégé GAYET, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Professeur POLLOSSON, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Professeur LANNOIS, médecin des hôpitaux.
- M. le Professeur COLLET, médecin des hôpitaux.
- M. le Professeur BÉRARD, chirurgien des hôpitaux.

A nos Maîtres à la Faculté :

- M. le Professeur TESTUT, faisant fonctions d'aide d'anatomie, 1912-1913.
- M. le Professeur Maurice POLLOSSON, médecine opératoire.
- M. le Professeur agrégé TIXIER.
- M. le Professeur agrégé LATARJET,

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'étude des affections du sinus maxillaire ne date guère que de la seconde moitié du xviii^e siècle. La thèse de Runge est le premier travail important sur la question en 1750. Quelques années après, Jourdain publie, en France son traité sur les « Dépôts dans le sinus maxillaire » et son traité des « Maladies de la bouche ». En Angleterre, à la même époque, John Hunter étudie avec soin les maladies du sinus. Mais ces travaux s'occupent presque uniquement des affections inflammatoires du sinus. L'affection sinusienne aiguë surtout a été décrite à ce moment d'une façon magistrale (Dictionnaire de S. Cooper, en 1826). La sinusite chronique l'a été certainement beaucoup moins; très souvent, les auteurs la considèrent comme rare et même exceptionnelle. Quant à l'affection qui nous occupe, il n'en est pas encore question à cette époque. Et cela s'explique aisément, car tout ce qui était inflammation aiguë présentait des caractères spéciaux, demandant un traitement immédiat et une observation plus attentive, tandis que les affections chroniques qui gonflaient lentement le sinus rentraient tout naturellement dans les tumeurs malignes, dont on s'occupait moins à

cause de leur marche insidieuse. On appelle mucocèle la rétention, dans la cavité du sinus, des produits de sécrétion de la membrane muqueuse. Comme le sinus maxillaire a des parois assez minces, le liquide contenu à son intérieur les distendra peu à peu et créera une véritable tumeur.

Depuis longtemps déjà cette affection a été bien étudiée au niveau du sinus frontal, de nombreuses observations en ont été apportées et son étude semble bien complète. M. le professeur Rollet, le premier, a introduit le mot de mucocèle et a bien étudié cette affection dans la thèse de son élève Boël au point de vue clinique et pathogénique. Mackenzie avait bien vu et décrit cette tumeur du sinus frontal, et, à propos des compressions intra-orbitaires, il en parle longuement, attribuant la distension du sinus à la présence d'hydratides. Runge, à plus juste titre, y avait vu de simples collections de mucus.

Au niveau du sinus maxillaire, nous sommes loin de la même précision. Les travaux didactiques n'en parlent pour ainsi dire pas; quant aux travaux originaux, rares d'ailleurs, ils traitent la question d'une façon obscure et ne s'entendent pas très bien sur le terme de mucocèle. Il semblerait, à priori, que la même affection pût exister au niveau du sinus maxillaire comme au niveau du précédent. Là, les observations sont très rares, toutes discutées, et beaucoup d'auteurs nient même complètement l'existence de la mucocèle maxillaire.

En parcourant la littérature médicale et en recherchant des observations pour notre travail, nous avons été frappés de rencontrer très souvent les termes d'« hydropisie du sinus » ou de kystes pris l'un pour l'autre ou

opposés d'une façon complètement exclusive. Dans des descriptions plus récentes mêmes, nous voyons l'hydropisie opposée à la mucocèle, sans caractères très nets les différenciant.

En 1851, Giraldes (th. d'agrégation, Paris) donne des observations, d'ailleurs incomplètes, sur les tumeurs du sinus et ne parle de l'affection qui nous occupe que pour en nier l'existence.

L'année suivante, Béraud présente à la Société de Biologie deux pièces prises sur des sujets différents et qui semblent bien se rapporter à des kystes muqueux du sinus maxillaire.

Fourdrignier, en 1868, fait une classification des tumeurs des sinus, mais ne parle pas des tumeurs à contenu muqueux. La même année, Marchand (th. de Strasbourg) fait paraître sa thèse sur les kystes muqueux du sinus et en fait l'étude anatomo-pathologique.

A partir de ce moment, l'étude de la mucocèle du sinus maxillaire est négligée au profit de celle de la mucocèle du sinus frontal et il faut aller jusqu'en 1895 pour trouver des travaux sérieux sur la question écrits par Kœrner, Nolterrius, Wrichselbaum, Zuckerkandl. Ce dernier auteur consacre « aux kystes dans la muqueuse du sinus maxillaire » un article et essaie une distinction entre les kystes et l'hydropisie de l'antre d'Higlemore, mais sans approfondir la question (*Anat. des fosses nasales*, I, p. 347).

Au début, l'hydropisie du sinus était seule admise, sans que l'on s'explique exactement comment elle se produisait; puis, lorsque l'on connut mieux les kystes dentaires, on eut une tendance toute naturelle à en voir partout.

Nous n'avons pas été très étonné de faire ces constatations, car nous sommes obligés de reconnaître que souvent le diagnostic entre la mucocèle du sinus maxillaire et les grands kystes dentaires est extrêmement difficile. Aussi n'avons-nous pas la prétention de trancher définitivement la question et de mettre entre les mains du spécialiste un moyen sûr de les diagnostiquer. Mais tout en reconnaissant ces difficultés, doit-on éliminer définitivement la mucocèle du cadre nosologique, admettre que cette dernière n'existe pas et n'est qu'un kyste du sinus maxillaire ? Il nous a semblé que non. Doit-on, d'autre part, la distinguer de l'hydropisie du sinus. D'après ce que nous avons vu, beaucoup de descriptions d'hydropisie du sinus maxillaire doivent être rangées dans la classe des mucocèles, et être décrites comme telles. Au point de vue clinique, il n'y a pas de différence, la pathogénie seule diffère. Et si l'on admet l'hydropisie vraie du sinus, c'est-à-dire l'œdème proprement dit qui survient à la suite de troubles vaso-moteurs, par transsudation des liquides organiques, on doit la considérer comme extrêmement rare.

Qu'entendons-nous donc par « mucocèle du sinus maxillaire » ? Ce sera une tumeur causée par la rétention des produits de sécrétion de la muqueuse enflammée, sans formation kystique aucune.

Autrefois, ces cas de mucocèle du sinus maxillaire étaient presque toujours pris pour des tumeurs malignes et Boyer (*Traité Chirurgical*, 1840) nous apporte le cas d'un maxillaire supérieur qui fut réséqué pour une simple hydropisie du sinus. Les cas de cette sorte ne durent pas être très rares à cette époque. On comprend du reste très bien qu'il en fût ainsi, car, dans la mucocèle,

tout se rapprochait du syndrome fourni par les tumeurs malignes, lorsqu'il n'y avait pas d'écoulement nasal et qu'au contraire le gonflement était considérable. Lorsque, par contre, il y avait un écoulement avec peu de gonflement, les auteurs n'y voyaient qu'un coryza banal, et la pathogénie en était aussi simple qu'humoristique. Le coryza était, pour eux, produit par un écoulement du liquide des ventricules du cerveau; c'était une « purge » pour cet organe. Et cette idée prévalut jusqu'au jour où Sneider donna une description plus exacte de l'anatomie des fosses nasales et de la membrane pituitaire, montrant son rôle, sa structure et sa solidarité avec la muqueuse des sinus. La présence des glandes donna naissance à l'hypothèse des kystes par rétention du contenu glandulaire.

Depuis, l'hydropisie du sinus a été souvent observée et quelques cas, assez rares du reste, en ont été rapportés. Mais si l'entente a été à peu près faite sur son existence, il n'en est pas de même de sa pathogénie, sur laquelle on discute toujours, en émettant les théories les plus variées. Nous essaierons, dans notre travail, de les rapporter en les discutant aussi exactement que nous le pourrons.

Dès travaux récents nous ont aidé dans notre travail.

La thèse du docteur Lorcin, de Nancy (1902), fait bien ressortir l'importance que l'on doit attacher à un diagnostic sûr, quand il s'agit de tumeurs du sinus au point de vue du traitement à suivre. Dans le même sens. MM. Jacques et Michel (*Revue Hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie, de Rhinologie*), ont étudié les kystes du maxillaire supérieur au point de vue diagnostic et traitement.

Signalons enfin la thèse de Haussman, de Nancy (1905),

qui étudie la mucocèle et l'attribue à une rétention glandulaire.

Nous dirons tout à l'heure ce que nous pensons de ces différentes hypothèses.

Nous montrerons ensuite combien le diagnostic peut être difficile et quels sont les éléments qui pourront fournir des indications à ce sujet. Nous nous efforcerons surtout de distinguer la mucocèle du kyste intra-sinusien, avec lequel elle est si souvent confondue.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons trouvé peu de renseignements dans les publications précédentes; nous rapportons deux cas où l'examen histologique a été fait; l'un nous a été fourni par MM. les docteurs Lannois et Rendu, l'autre est un cas personnel que nous avons eu l'occasion d'observer avec M. le docteur Patel. Nous verrons quelles conclusions on doit en tirer.

Enfin, au point de vue traitement, nous nous inspirons des renseignements que nous avons pu recueillir à ce sujet et des cas que nous avons pu observer.

Nous joindrons à notre travail les quelques observations qui nous ont été fournies et que nous avons pu suivre; quelques-unes ont au moins le mérite d'être accompagnées d'un examen histologique.

Nous n'espérons pas, certes, que notre modeste travail aura définitivement élucidé la question encore complexe et discutée de la mucocèle maxillaire. Nous serons heureux néanmoins si les quelques faits cliniques que nous avons pu réunir et les considérations qu'ils nous ont suggérées permettent d'aider à individualiser une affection qui, sans être très fréquente, mérite cependant une place à part dans la pathologie du sinus maxillaire.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

La mucocèle du sinus maxillaire est une affection qui semble extrêmement rare. Elle s'observe chez des sujets jeunes en général, ainsi qu'on pourra en juger par les observations que nous rapportons — de 16 à 20 ans — On l'a rencontré quelquefois aussi à un âge plus avancé, vers 45 à 50 ans, mais c'est moins fréquent.

L'étiologie de la mucocèle, c'est-à-dire la cause qui provoque l'apparition du mucus et sa rétention est encore entourée d'obscurité. Jourdain parlait autrefois du mauvais état des dents et des gencives, des plaies fractures, des sinus, et même l'interruption de la transpiration de la tête. Quelque fantaisiste que soit ces anciennes descriptions, il semble qu'il faille retenir deux facteurs étiologiques : la carie dentaire, qui semble transmettre souvent l'infection à la muqueuse du sinus, et le catarrhe chronique de la pituitaire, qui peut s'étendre au sinus à travers l'ostium.

Si l'étiologie est encore peu connue, la pathogénie est certainement le point qui a été le plus discuté ; elle semble actuellement encore très incertaine. Garreau et Bertheux avait prétendu qu'au niveau du sinus frontal la mucocèle était produite par un mécanisme analogue à

celui qui donnait naissance aux kystes muqueux du sinus maxillaire.

En résumant, il semble que l'on puisse ranger ces opinions en trois catégories et ramener les causes de la mucocèle à trois.

1° *D'ordre mécanique*. Dunn et Mei avaient soutenu que dans certains cas le *traumatisme* était capable de modifier profondément la région du méat moyen, en fermant les orifices qui y débouchent normalement. Actuellement, avec Luc, il faut laisser de côté cette théorie et ne pas lui donner une importance qu'elle n'a pas.

Luc attribue une plus grande valeur à des processus d'ostéite, qui, en hypertrophiant le squelette de l'ethmoïde, en créant des exostoses et des déformations au niveau de l'infundibulum et des orifices du sinus, arrive à obstruer complètement celui-ci. Pour les sinus frontaux Manasse (1910) a bien montré les relations qui existaient entre les exostoses et la mucocèle.

Enfin, pour le sinus maxillaire, il suffit de remarquer d'abord que tout favorise la rétention des liquides. Sa situation élevée, son étroitesse, sont autant de raisons qui favoriseront sa fermeture.

2° *D'ordre infectieux*. La deuxième théorie que nous rencontrons est celle qui donne le rôle primordial à l'infection, permettant la rétention des liquides, soit au contact même de la muqueuse, soit par formation d'un kyste au niveau d'une glande muqueuse.

Deschamps expliquait aussi le mécanisme de la rétention : « Si, pour une cause quelconque, l'antré d'Higmore est fermée, la matière muqueuse ne trouvant plus d'issue s'accumulera dans le sinus, son séjour dans le

sinus la fera nécessairement dégénérer, elle irritera la membrane et la sécrétion en deviendra plus abondante, sa quantité toujours croissante forcera les parois osseuses à s'étendre de la même manière que le canal de l'urètre fermé, les urines s'accumulent dans la vessie au point de la distendre outre mesure. Or, c'est bien l'occlusion de l'ostium maxillaire, par suite du gonflement ou de la soudure de la muqueuse qui détermine l'hydropisie. Cette fermeture de l'ostium peut se produire à la suite d'une inflammation de la muqueuse des fosses nasales. Tous les auteurs parlent de l'hydropisie du sinus maxillaire, les uns pour l'admettre, les autres pour la nier. On peut, du reste, en distinguer deux formes : l'hydropisie aiguë et l'hydropisie chronique qui nous intéresse.

Tous les rhinologistes ont vu des cas d'hydropisie aiguë du sinus maxillaire, produite par l'oblitération temporaire de l'orifice nasal : les exemples sont fréquents de malades souffrant pendant quelque temps dans la région du sinus, gêne survenant à la suite d'une inflammation légère des fosses nasales, et qui rendent ensuite spontanément par la narine, du côté malade, une quantité assez considérable d'un liquide clair mucoïde.

Comment expliquer ce phénomène aigu, sinon par la fermeture de l'orifice nasal du sinus survenant à la suite d'une inflammation chez un sujet toutefois présentant des conditions anatomiques favorables, telles que l'étroitesse congénitale de l'ostium. Ce processus peut être comparé en tout point à ce qui se passe au niveau de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne. De même que l'on a une otite moyenne séreuse exsudative, on aura une sinusite aiguë séreuse. Ces deux affections guériront spontanément, et la pathogénie en semble lumineuse.

Que dirons-nous maintenant de l'hydropisie chronique. Admettons-nous son existence d'abord et qu'entendons-nous par ce terme ? M. le professeur Rollet, dans la thèse de Boël, soutient l'existence de cette affection et lui attribue la même cause qu'à l'hydropisie chronique, obstruction, de l'ostium par une inflammation de la muqueuse, puis hypersécrétion des glandes en vertu d'un processus infectieux atténué. Le point difficile est évidemment d'expliquer la fermeture de l'ostium. Ce pourra être une atrésie cicatricielle des bords de l'ostium, résultant d'un processus ulcératif. Les polypes, même les plus serrés, ne sauraient oblitérer d'une façon constante et totale l'orifice du sinus. Il faudra une cause comme celle que nous avons signalé tout à l'heure, exostose ou lésion spécifique ou traumatique, extrêmement rare ici. Haussmann, dans sa thèse, rapporte deux observations d'hydropisie chronique. Pour le premier il s'agit d'un cas de Billroth rapporté par Chiari, et ayant amené une ectasie et une déformation des parois sinusiennes. L'opération avait amené l'issue d'un liquide limpide couleur feuille morte.

Le deuxième cas est relaté par le docteur Delie, dans la *Revue de Laryngologie* (1894). Le même auteur n'admet l'hydropisie chronique comme nous l'entendons, que comme une rareté scientifique. Pour lui, la théorie de la rétention et de l'hydropisie doit faire place à la théorie kystique. Ici l'oblitération de l'orifice nasal n'est plus en jeu. Il ne s'agit plus, en effet, d'un liquide libre dans le sinus, mais d'une tumeur enkystée dans l'épaisseur de la muqueuse. Pour lui, la mucocèle est produite par la distension d'un ou plusieurs follicules glandulaires muqueux, dont le canal est oblitéré, d'où la formation dans

le sinus d'une ou plusieurs tumeurs renfermant un liquide muqueux. On conçoit que ces kystes se développant progressivement arrivent à produire l'ectasie des parois de l'antre et leur déformation, par l'effet d'un processus inflammatoire chronique. A un état de développement avancé, la paroi kystique, accolée à la muqueuse du sinus maxillaire peut se souder à elle et en imposer pour la muqueuse elle-même.

Enfin, on a soutenu une dernière théorie, tendant à faire de la mucocèle un épithéliome kystique, par dégénérescence de la muqueuse du sinus. Nous avons été frappé de la coïncidence qui existe entre cette hypothèse et des réserves faites au sujet d'un des fragments que nous avons fait examiner. Cependant, nous conservons l'opinion très nette que la mucocèle à toutes les allures d'une affection très bénigne, et rien de l'épithéliome.

Comme on le voit, les théories sont nombreuses et toutes très discutées, peut-être parce que trop exclusives.

La mucocèle est une affection rare et d'un diagnostic difficile, il faut se garder de lui imposer trop vite une pathogénie unique. Toutes ces théories, évidemment, contiennent une part de vérité et si les kystes par rétention des glandes muqueuses existent certainement, il n'en est pas moins vrai que l'hydropisie des anciens, sans paroi kystique, par simple hypersécrétion de la muqueuse inflammée, d'une façon atténuée, conserve ses droits et doit garder sa place à côté des autres affections du sinus et des kystes qu'il est susceptible de contenir. Les examens histologiques que nous avons fait faire sembleraient venir confirmer notre opinion à ce sujet.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

La mucocèle du sinus maxillaire débute d'ordinaire d'une façon très insidieuse. Elle s'établit sans que le malade s'en aperçoive et ce n'est que lorsqu'elle a atteint un certain volume qu'elle révèle son existence.

En somme, tant que la mucocèle n'a pas dilaté la cavité du sinus elle passe inaperçue, ne donnant aucune douleur et même aucune gêne. Ce n'est que lorsqu'elle commence à déformer la face, repoussant le sillon nasogenien, qu'elle révèle son existence par des symptômes fonctionnels.

Au début, on aura parfois une pesanteur dans la région malade, due à l'inflammation légère de la muqueuse.

Son mode de début est extrêmement variable comme la cause qui lui donne naissance.

Tantôt on trouve, à l'origine, une affection dentaire : le malade a des dents cariées, et présente tous les symptômes de la fluxion dentaire avec un gros œdème déformant la joue. Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre et la mucocèle évolue, le liquide s'amasse dans l'antre d'Higmore et le dilate peu à peu.

Tantôt, c'est après un coryza purulent que l'on voit l'affection s'installer. La pituitaire est fongueuse, boursofflée, rouge. Le malade a mouché du pus pendant quelques jours, puis l'écoulement devenant de moins en moins purulent, a un aspect clair et filant, puis tout écoulement cesse, tout au moins d'une façon temporaire.

Souvent enfin, comme dans l'observation qui nous a été fournie par le professeur Rollet, le début n'est marqué par aucun symptôme particulier, on voit augmenter peu à peu le sinus maxillaire au niveau de sa paroi antérieure et le premier symptôme est fourni par des douleurs de compression dues à la distension du sinus.

Arrivé à la période d'état, la mucocèle du sinus maxillaire se caractérise par des signes fonctionnels assez peu précis. Souvent des douleurs légères, siégeant au niveau surtout du trou sous-orbitaire au point d'émergence du nerf. Ce sont parfois, comme chez notre malade, des crises douloureuses vraiment pénibles, qui amènent le malade à se faire opérer. La dilatation de la paroi interne du sinus donne de l'obstruction nasale du côté malade. Le malade est gêné pour respirer, obligé de dormir la bouche ouverte. Rarement, le malade présente de l'exophtalmie par compression de la paroi supérieure. Cependant, dans deux de nos observations, ce fut un symptôme remarqué. Chez la malade de M. le professeur Rollet ce fut le seul et chez le malade de M. Lannois on pouvait la constater nettement.

L'écoulement des liquides par le nez est assez variable. Rare, du reste, au niveau du sinus maxillaire, étant donnée la situation élevée de l'orifice, alors que c'est un signe constant au niveau du sinus frontal. Il s'agit, en

général, d'un liquide muqueux, filant et visqueux, s'écoulant par intermittence et simulant en tous points un coryza chronique. Le liquide est souvent rose et même noirâtre, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

A la rhinoscopie antérieure, on constate une obstruction nasale presque complète, les cornets du nez sont rouges, hypertrophiés et épaissis, repoussés presque au contact de la cloison. De plus, on note l'absence de pus dans le méat moyen, l'absence de polypes et d'une façon générale de tous les symptômes accompagnant la suppuration du sinus maxillaire.

Arrivé à un certain degré de développement, la muco-cèle peut présenter un volume considérable. Heath raconte, dans son traité des maladies des mâchoires, qu'un chirurgien avait pratiqué l'autopsie d'une vieille femme qui présentait une telle dilatation, que l'œil du côté malade était en partie couvert et qu'après l'ouverture de la poche elle conservait une déformation considérable de la face. Ce qui restait de la poche formait une arête vive au niveau de l'arcade orbitaire inférieure. La distension avait amené les diamètres à 7 centimètres, et la paroi osseuse ressemblait à un mince parchemin.

« La science a enregistré successivement de nombreux exemples de cette distension du sinus maxillaire par un liquide clair chez des sujets vivants et quelques chirurgiens ont pris la maladie pour une tumeur solide. Un cas très remarquable de cette distension simulait à s'y méprendre une tumeur. Ici, l'auteur, qui en avait publié l'observation détaillée dans la *Lancet* du 29 juin 1850, fit une ponction avant d'aborder une opération plus sérieuse.

A la palpation, l'examen de la tuméfaction du sinus, révèle des symptômes caractéristiques, montrant les parois amincies de toutes parts. La paroi antérieure déforme complètement la fosse canine et bombe sous la lèvre supérieure. La paroi interne est complètement amincie et le plancher lui-même, qui est la région la plus épaisse, semble infiltré, ramolli et donne absolument la sensation de carton mouillé. Dans deux de nos observations, la paroi inférieure du sinus était profondément atteinte, la voûte palatine était déformée et formait une saillie convexe s'arrêtant sur la ligne médiane. La muqueuse, qui recouvre toutes ces parois, est elle-même un peu amincie, semblant infiltrée par endroits. Quant à la peau de la joue, elle est absolument normale et glisse sur le plan osseux avec la plus grande facilité, de même que la muqueuse. Boyer, dans son traité chirurgical, insistait déjà sur cette distension, qu'il avait bien étudiée « quelle que soit la cause qui augmente la sécrétion du sinus maxillaire et qui détermine l'accumulation de mucus dans cette cavité, cette humeur agit sur les parois du sinus et les effets qui en résultent sont différents suivant le degré de résistance que lui opposent ses parois. Le mucus passe également sur tous les points de la surface intérieure du sinus ; mais comme la paroi antérieure est la plus mince c'est sur elle que les effets de cette pression sont plus marqués. Elle est soulevée, amincie, et forme, sous la joue, une tumeur dure, immobile, indolente, sans empâtement ni fluctuation et dont la surface égale et lisse est couverte par la membrane de la bouche distendue. Lorsque la tumeur est volumineuse, la lame osseuse, qui forme la paroi antérieure du sinus, graduellement amincie.

s'ouvre enfin au-dessous de l'eminence malaire, et les parois de la tumeur ne sont plus formées, à cet endroit-là, que par la membrane du sinus et celle de la bouche, dont l'épaisseur est augmentée. »

Cet amincissement et cette quasi-destruction des parois par la compression et l'ostéite est donc caractéristique. L'amincissement donne cette sensation de parchemin, ou celle de défoncer une boîte en fer blanc. L'ostéite, au contraire, souvent localisée au niveau du plancher, donne une sensation de carton mouillé.

Livrée à elle-même, la mucocèle du sinus maxillaire semble évoluer d'une façon extrêmement lente, et pour les auteurs, il semble que ce n'est qu'au bout d'un grand nombre d'années qu'elle peut atteindre le volume que nous avons signalé. Souvent, du reste, son évolution sera interrompue par une complication inattendue. La plupart du temps il s'agit de complications inflammatoires. Le mucus contenu à l'intérieur du sinus est un excellent milieu de culture et peut, d'un jour à l'autre, s'infecter et donner lieu à une sinusite aiguë purulente qui nécessitera une intervention immédiate. D'autres fois, ce processus d'ostéite, dont nous avons parlé, finira par ronger la paroi osseuse déjà amincie et créera des fistules, soit au niveau de la voûte palatine, en arrière des incisives de préférence, soit au niveau de la fosse canine. Quelle que soit leur place, du reste, ce sera l'infection d'une façon certaine avec toutes ses complications.

Enfin, il faudra songer que les complications sont aussi possibles du côté de l'orbite ; à vrai dire, elles y sont rares, tant que la mucocèle n'est pas infectée. La paroi interne et la paroi antérieure étant très minces, elles se

laissent facilement dilater et ce n'est qu'en dernier lieu que la compression de la paroi orbitaire donnera de l'exophtalmie comme dans nos observations. Dans l'observation de M. le professeur Rollet, le fond d'œil était normal, il semble que ce soit la règle et que si les complications oculo-orbitaires sont extrêmement fréquentes dans les empyèmes du sinus, ainsi que l'a bien étudié M. Riolacci (Lyon 1897), nous n'avons rien trouvé à ce sujet dans les descriptions des auteurs. Signalons enfin, comme une légère complication, le larmolement qui peut survenir dans certains cas, par compression du canal nasal.

En somme, la mucocèle du sinus maxillaire est une affection qui évolue très lentement en dix ou douze ans. Elle est, on peut le dire, sans gravité par elle-même, mais ses complications, infectieuses surtout, sont toujours à craindre, et elle doit être considérée pour le malade, comme un danger constant d'empyème. La guérison spontanée, fréquente au niveau du frontal, semble extrêmement rare et presque impossible au niveau du sinus maxillaire, sauf le cas où la paroi interne amincie s'ouvre largement, créant un orifice artificiel plus large et situé plus bas.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous abordons ici un chapitre difficile et la question du diagnostic de la mucocèle du sinus maxillaire nous semble encore loin d'être bien réglée et définitivement établie. En effet, les causes d'erreur abondent : c'est tout d'abord l'extrême rareté de cette affection, et souvent, pour la reconnaître, il faudra songer à la possibilité de son existence, c'est ensuite la difficulté que l'on a pour explorer la cavité du sinus et pour en examiner le contenu.

Cependant, il semble que nous ayons à notre disposition un certain nombre de signes qui nous seront d'un précieux secours.

L'évolution spéciale, la tuméfaction, l'amincissement des parois, la rhinoscopie sont autant de choses qui pourront nous éclairer, mais les données les plus précises nous seront fournies par la ponction, l'éclairage des sinus et enfin la radiographie. —

Tout d'abord, la ponction sera faite, soit au niveau de la paroi antérieure, soit au niveau du méat inférieur. Notons qu'elle n'est pas sans danger pour la mucocèle, puisqu'elle est susceptible de l'infecter, mais elle sera sui-

vie souvent d'une intervention, et par conséquent il n'y a rien à craindre, d'autant que c'est souvent la seule façon de trancher le diagnostic. Le liquide fourni par la ponction est, en général, un liquide visqueux et clair, de consistance colloïde, du mucus presque pur. Il renferme de nombreux cristaux de cholestérine. L'examen chimique a été fait dans deux des observations que nous rapportons.

Dans l'une, on rencontre de nombreuses tables de cholestémies, une grande quantité d'albumine, formée de globulus et de sérine. Il n'y a qu'une faible réaction de la mucine dans ce cas.

Dans le second, au contraire, la réaction de la mucine est intense, le liquide contient 54 grammes d'albumine par litre. Pas de graisses et pas de cholestémie.

Le résultat de l'examen chimique n'est pas absolument probant. Il y a des cas cependant où il ne semble pas douteux, tandis que dans d'autres la présence de mucus en quantité minime laisse place à toutes les discussions. Ce sont ces cas qui ont donné lieu aux opinions exagérées, ne voulant pas reconnaître l'existence de la muco-cèle.

Le liquide n'a pas toujours l'aspect clair que nous lui avons décrit tout à l'heure, il est quelquefois rosé et même, dans certains cas, complètement noirâtre et hémorragique ; on se trouve en présence alors d'une véritable hémato-cèle du sinus maxillaire. Comme dans les pachy-vaginalites hémorragiques, le moindre traumatisme créera une hémorragie dans ces vaisseaux néoformés et friables, la palpation la plus prudente fera saigner la muqueuse de ce sinus maxillaire, chroniquement inflammée et considérablement épaissie.

La transillumination des sinus a apporté des données nouvelles et facilite le diagnostic des affections de ceux-ci. Dans celle qui nous occupe, les résultats en sont variables et incertains. Car deux cas peuvent se présenter. On peut avoir un sinus peu dilaté, contenant du mucus en petite quantité et une muqueuse très épaissie. L'éclairage montrera alors une obscurité considérable en comparaison de l'autre côté. On peut avoir, au contraire, une dilatation considérable de toutes les parois amincies et, dans ce cas, l'éclairage nous montrera une tache claire au niveau du sinus maxillaire, alors que le côté sain restera plus sombre. Ces deux résultats, en apparence paradoxaux, seront utiles, il suffira de tenir compte de la cause d'erreur fournie par la dilatation possible du sinus.

La radiographie, enfin, qui a été faite dans un des cas que nous rapportons, montrera aussi, suivant les cas, soit une tache claire, soit un point obscur au niveau du sinus maxillaire. Le sinus du côté malade paraîtra, en général, plus spacieux et plus clair que celui du côté opposé. Avec quelque habitude, on arrive à lire ces clichés et à pouvoir dire s'il y a une dilatation unilatérale.

Malgré toutes ces données, en apparence assez précises, les causes d'erreur restent multiples.

En dehors du sinus même, beaucoup d'affection peuvent simuler la mucocèle maxillaire en modifiant l'aspect de la face.

Ainsi les fibromes naso-pharyngiens peuvent envoyer des prolongements dans les fosses nasales et déformer la région maxillaire. Mais ce diagnostic ne nous arrêtera pas longtemps, car lorsque les fibromes en sont arrivés

là, ou bien le diagnostic a été fait depuis longtemps ou bien il devient évident. La respiration nasale est impossible, les épistaxis fréquentes, l'écoulement nasal mucopurulent abondant. Le voile est repoussé, la déglutition gênée. Bref, la dilatation maxillaire n'est qu'un épisode au cours des déformations multiples, dues à tous les prolongements du polype fibreux du naso-pharynx.

La paroi inférieure de l'orbite pourra être lésée et donner des déformations au niveau de la joue, soit qu'il s'agisse de tuberculose osseuse, soit de syphilis.

On sait combien l'ostéite du malaire est fréquente, un abcès froid pourra fuser en avant du sinus maxillaire, mais le diagnostic en sera facile. L'examen dénotera une douleur bien précise en un point du squelette, une sensation de fausse fluctuation due aux longosités, enfin, la ponction retirera un pus sanieux grisâtre, à odeur fétide. L'examen complet du malade montrera enfin que l'on a affaire à un tuberculeux avéré souvent porteur d'adénite bacillaire et de cicatrices.

La syphilis peut amener des formes intra ou extra-sinusales, qui pourront simuler une collection muqueuse

Mais, si la marche de l'affection est lente, si le sujet ne se plaint d'aucune douleur, on constatera cependant une douleur osseuse à la pression profonde et des symptômes de spécificité en évolution, céphalées nocturnes, chute des cheveux, éruptions cutanée et muqueuse. Il sera souvent porteur de lésions de syphilis nasales, séquestres, perforations de la cloison, etc. Enfin, l'examen du sang montrera la présence d'anticorps, la réaction de Wassermann sera positive.

La syphilis est encore susceptible de donner, au ni-

veau du sinus maxillaire, des exostoses, en imposant pour une dilatation du sinus. Boyer nous cite le cas « d'un postillon de grande maison, qui portait, depuis plus de dix ans, une exostose du sinus maxillaire gauche. De ce côté, l'œil était larmoyant, le nez déjeté à droite. L'exostose avait paru peu après l'infection vénérienne. Elle avait grossi lentement. C'est pendant la glorieuse campagne de Marengo, et en suivant le chef de l'armée que ce postillon fit disparaître les autres symptômes vénériens en prenant de la liqueur de Van Swieten et en faisant quelques frictions. » Là encore le traitement sera la pierre de touche et fera faire le diagnostic.

En dehors du sinus encore, nous citerons les kystes dermoïdes, dont on a rapporté quelques cas au niveau de la joue. Ils peuvent parfois atteindre de grandes dimensions, mais il sera toujours facile de se rendre compte qu'ils occupent les parties molles.

Nous savons que la compression du nerf sous-orbitaire pourra provoquer des névralgies maxillaires survenant par crises. Il faudra les rapporter à leur véritable cause, et voir si elles sont symptomatiques d'une distension du sinus, ou relèvent d'un état général.

Après avoir éliminé ces différentes causes d'erreur nous savons qu'il existe sûrement une affection au niveau du sinus. C'est une affection à évolution lente, chronique, usant l'os, repoussant toutes les parois et communiquant rarement avec les fosses nasales. Cette distension peut être le fait d'une tumeur solide, gazeuse ou liquide.

Tumeur solide. — On rencontre parfois, dans le sinus, des polypes fibro-kystiques assez volumineux qui, aug-

mentant son volume, peuvent créer des causes d'erreur. Ces polypes ont été décrits depuis longtemps, Luschka les a étudiés (*Virchow's Archiv*, Bd VIII) et a trouvé, sur 50 autopsies, 5 cas de polypes, dont quelques-uns avaient 3 centimètres de longueur. Ils ont pour caractéristiques d'être extrêmement vasculaires et de donner des hémorragies parfois redoutables. Ils se développent presque toujours du côté de la cavité nasale, à cause du peu de résistance de la paroi interne. A ce moment le diagnostic sera facile. Du reste, les polypes du sinus ne se révèlent que quand la tumeur a acquis un volume suffisant pour empiéter sur les cavités voisines.

De même, les cas d'ostéome du sinus maxillaire sont très rares ; on sait qu'il s'agit d'une tumeur bénigne, mais qui devient maligne par les dimensions qu'il est susceptible de prendre. Dans l'ostéome, la paroi antérieure du sinus est moins lisse, bombant davantage en avant que dans les tumeurs liquides. Aucun kyste aussi tendu qu'il soit ne pourra égaler la dureté de la tumeur osseuse. En somme, marche très lente, dureté caractéristique, obscurité complète à la transillumination, ombre volumineuse à la radiographie, voilà autant de signes qui feront reconnaître l'ostéome. Le sarcome du sinus maxillaire est en général facile à reconnaître. Il atteint particulièrement les sujets jeunes et les enfants. Il envahit l'os peu à peu et se développe en général rapidement. Presque toujours, on voit apparaître des douleurs spontanées par compression du sous-orbitaire. On a, au niveau de la joue, une tumeur quelquefois énorme, de consistance lisse et dure, la peau est tendue sur elle, très souvent rouge et sillonnée de veinosités bleuâtres.

La palpation dénote rarement la crépitation parcheminée de la mucocèle du sous-maxillaire. Et surtout le sarcome évolue très rapidement en effondrant les parois de toutes parts. Il envahit la paroi supérieure et l'orbite, donnant précocement de l'exophtalmie, l'œil est refoulé en haut et en avant, et les paralysies par compression des muscles et des nerfs de l'œil apparaissent rapidement, amenant des troubles extrêmement graves de la vision. Si le sarcome évolue du côté des fosses nasales, des épistaxis répétées, une rhinorrhée fétide, des bourgeons abondants, révèlent son existence. La voûte palatine elle-même est abaissée, détruite en partie par la compression des masses sarcomateuses. En somme, l'aspect est différent de celui de la mucocèle.

Nous passerons rapidement sur les autres tumeurs solides du sinus. L'adénome est une rareté.

On sait que certains polypes du nez ont souvent leur origine dans le sinus, et que la plupart des polypes kystiques du naso-pharynx n'ont pas d'autre base d'implantation. Cette opinion a été soutenue par Killian, Segura et Garel, qui en a cité de nombreux cas. Ces affections ne rappellent que de loin l'aspect clinique de la mucocèle maxillaire et le diagnostic est facile.

Tumeurs gazeuses. --- Il l'est beaucoup moins dans le cas de certaines tumeurs gazeuses du sinus que l'on appelle *pneumatocèle*. Ce genre d'affection a été étudié par de nombreux auteurs. Escat s'en est occupé et a rapporté des cas analogues au niveau de la caisse du tympan et du sinus frontal. MM. Cotte et Nové-Josserand en ont rapporté un cas au niveau du sinus maxillaire. Cette affection pour M. le docteur Garel a une pa-

thogénie que l'on doit rapprocher de celle du laryngocèle produite par le gonflement et la hernie des bandes ventriculaires. Elle serait due à une véritable insufflation de la cavité du sinus. Dans le cas rapporté il s'agissait d'un enfant dont le pharynx était obstrué par des végétations, il est probable qu'au moment des efforts de toux et principalement en se mouchant, l'air retenu dans le nez se précipite dans le sinus maxillaire, où il arrive sous pression et dont il distend peu à peu les parois, grâce à une faiblesse congénitale de celles-ci.

Quel que soit, du reste, la pathogénie de la pneumatocèle, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut être confondue avec la mucocèle et que, dans le cas rapporté, on hésita quelque temps entre mucocèle et kyste du sinus. Le diagnostic est fourni naturellement par la présence ou non de liquide, à la ponction. Si on ouvre le sinus, d'autre part, on constate que la muqueuse est saine.

Toujours est-il qu'il faudra connaître l'existence possible de la pneumatocèle, pour y penser et la distinguer de l'affection qui nous occupe.

Tumeurs liquides. — En arrivant aux tumeurs liquides du sinus nous touchons au point le plus délicat de notre question. En effet, c'est toujours à leur propos que les discussions ont eu lieu, et on comprend combien il peut être difficile de distinguer deux affections se ressemblant presque parfaitement au point de vue clinique et se distinguant seulement au point de vue de l'origine et de la constitution anatomique. Je veux parler des kystes dentaires intra-sinusiens. Eux aussi distendent le sinus et créent des déformations de la face comme l'hydropisie, eux aussi contiennent un liquide clair. Voyons

donc s'il n'existe pas cependant des signes qui pourront les différencier et permettre de donner à chacun la part qui lui revient.

Dans les kystes dentaires, le malade ne mouche pas et n'a jamais mouché de pus ou de mucus. Une injection poussée par l'orifice alvéolaire ne ressort pas par la narine et reflue vers l'orifice d'entrée. Réciproquement une injection poussée dans le sinus ne ressort pas par l'orifice alvéolaire et revient par la narine. Ce signe est pathognomonique du kyste dentaire intrasinusien. Il peut être en défaut dans le cas de rupture du kyste dans la cavité sinusienne. Le liquide de l'injection, ressortant alors par la narine, la confusion est inévitable et l'on porte le diagnostic de sinusite en méconnaissant le kyste. Il peut y avoir aussi oblitération passagère de l'orifice nasal du sinus.

Le liquide ne peut alors s'échapper par cet orifice oblitéré et reflue par la perforation alvéolaire. Nous pouvons corriger notre erreur, la ponction du sinus nous permettant de trouver celui-ci plein du liquide de l'injection, alors qu'il serait vide dans le cas de kyste dentaire. Nous avons encore un nouvel élément de diagnostic, l'injection poussée par le trocart ressort par l'alvéole.

Si la muqueuse est saine nous pouvons, en associant la ponction du sinus à la perforation alvéolaire, et en comparant les deux ponctions, diagnostiquer un kyste paradentaire. En effet, le liquide injecté par le trocart ressort clair et limpide, par la narine, tandis que celui qui a pénétré par l'alvéole reflue par l'orifice d'entrée en ramenant du pus et des mucosités glaireuses. Nous avons

deux cavités distinctes, donc l'existence d'un kyste.

Le diagnostic est particulièrement difficile lorsque l'affection a débuté par une inflammation au niveau de l'alvéole. Car le mucocèle est né dans le sinus et ne l'a refoulé qu'une fois qu'il l'a complètement rempli. Il faudra avoir bien présents à l'esprit tous les signes que nous venons de rappeler et s'aider toujours de la ponction. Du reste, au point de vue pratique, cette distinction présente moins d'importance, puisque les deux cas demandent une intervention analogue.

Au début, la mucocèle se révèle souvent par une douleur légère de la joue, plutôt une pesanteur qui pourra faire songer à la sinusite chronique. En effet, ces deux affections ont entre elles bien plus de différences de degrés que de nature véritable. Souvent une sinusite chronique atténuée est à l'origine d'une mucocèle maxillaire, ainsi que nous l'avons montré. Dans la sinusite chronique, qui continue à évoluer, les symptômes douloureux sont plus marqués, il y a parfois de la fièvre, le méat moyen montre des croûtes et du mucopus et enfin la ponction ramène du pus et non pas du mucus.

Signalons enfin l'hydropisie du sinus, que l'on trouve signalée partout et qui semble avoir eu des interprétations très diverses. C'est un terme qui semble sans définition précise et tantôt l'hydropisie était pour les auteurs un kyste, tantôt une mucocèle ou une rétention de liquide quelconque dans le sinus. Ne pourrait-on pas admettre qu'il pourrait y avoir, dans certains cas, une hydropisie vraie du sinus, analogue à l'hydrorrhée nasale, ayant la même origine et la même marche. Comme telle, c'est certainement une rareté et il sera facile de l'éliminer.

Enfin lorsque l'on aura reconnu que la tumeur liquide appartient bien au sinus et qu'il s'agit bien d'une muco-cèle, on explorera les autres sinus, et on recherchera s'ils ne présentent pas des symptômes analogues, comme dans la pièce que nous avons découverte où les trois sinus du même côté étaient considérablement dilatés.

On s'efforcera aussi de rapporter les diverses complications à leur véritable cause. On se souviendra que l'exophtalmie est fréquente dans la dilatation du sinus.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On sait que le sinus maxillaire ou antrum d'Highmore est creusé dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, et qu'il représente, à l'état normal, à peu près la forme d'un cube.

Dans le cas de mucocèle, il est complètement déformé. Dans toutes nos observations; les différentes parois étaient repoussées, amincies. Dans l'observation de MM. Lannois et Rendu, la voûte palatine était fortement abaissée du côté malade. Quant à la paroi antérieure et à la paroi interne, qui sont les plus minces, elles sont en général presque complètement détruites par compression.

Nous avons trouvé au musée de la clinique ophtalmologique, une pièce assez curieuse, qui nous a montré une dilatation étendue à tous les sinus d'un même côté : le frontal est énorme et cloisonné; le sinus sphénoïdal est plus que triplé de volume; quant au sinus maxillaire, nous l'avons fait cuber par M. Porteret, à l'Hôtel-Dieu : il présente des dimensions doubles que celles qu'il a normalement et il admet 25 cc. d'eau distillée, alors que la moyenne est de 12 à 15,

Que devient l'orifice normal du sinus dans le cas de mucocèle. Cet orifice, dont les dimensions paraissent suffisantes pour assurer l'écoulement des sécrétions, n'est pas toujours perméable. On doit remarquer tout d'abord que sa situation élevée ne permet pas l'écoulement dans la station verticale. De plus, la muqueuse est lâche à ce niveau et se boursoffle facilement. Les lèvres de l'orifice l'obstruent en s'accolant, ce qui ne permet plus l'écoulement des exsudats toujours très épais. Souvent, les écoulements qui se font à la suite ont lieu à travers un orifice artificiel, dû à la destruction de la paroi interne.

L'examen de la muqueuse a été fait dans deux de nos observations. On sait que, normalement, la membrane qui revêt le sinus maxillaire est beaucoup plus mince que la muqueuse des fosses nasales et qu'on y distingue plusieurs couches : la couche superficielle, qui porte un épithélium vibratile; la couche moyenne qui contient des glandes, dont la stricture est deux. Elle est appliquée immédiatement contre le périoste et peut s'ossifier. C'est la couche périostique de Zukerkandl.

La première de nos coupes a été examinée à deux reprises différentes (obs. Lannois et Rendu). Dans le premier cas, il fut répondu qu'il n'y avait pas de paroi kystique et qu'il s'agissait simplement d'une muqueuse chroniquement inflammée. Dans le second cas, on émit l'hypothèse d'une muqueuse peut-être en voie de dégénérescence.

Dans le second cas (obs. personnelle), il ne fut pas retrouvé non plus de paroi kystique, mais simplement une infiltration cellulaire. L'examen a été fait par notre ami le docteur Gravier.

La muqueuse, dans ces cas est épaissie, l'épithélium a complètement disparu comme dans toutes les inflammations chroniques. Mais on retrouve les différentes couches, infiltrées de cellules blanches. Très souvent, des vaisseaux néoformés existent dans ces couches et créent précisément ces petites hémorragies qui donnent parfois au liquide sa coloration noirâtre.

Nulle part on ne retrouve dans les fragments que nous avons fait examiner de paroi kystique. Il s'agit d'une muqueuse qui est enflammée chroniquement et présente tous les caractères habituellement rencontrés dans ce cas. (Voir examen histologique des observations.)

Quant au contenu de la mucocèle, nous ne nous y arrêterons pas ici, ayant l'occasion d'y revenir plus loin. Il contient de la mucine en assez grande quantité; c'est ce qui le caractérise.

Les parois du sinus sont parfois lésées profondément. La paroi inférieure surtout, dans deux de nos observations, était presque détruite par l'ostéite — et des fistules peuvent apparaître donnant issue au liquide de la mucocèle. Ces lésions semblent du reste se régénérer rapidement et complètement après l'opération.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

La question du traitement est ici de première importance. Contre les hydropisies du sinus maxillaire, tout a été fait, depuis la simple ponction, jusqu'aux résections du maxillaire, quand elles étaient prises pour des tumeurs malignes. Boyer cite le cas de mucocèles du sinus maxillaire qui furent prises pour des exostoses syphilitiques et traitées comme telles par des frictions mercurielles et des applications topiques. Jourdain préconisait le cathétérisme par l'orifice naturel.

Quoi qu'il en soit, il est évident que le traitement doit être précoce. Il s'agit d'une affection susceptible de déformer la face; par conséquent, ne pas lui laisser le temps de se constituer et de se développer librement.

Dès que le diagnostic aura été fait, même si l'on hésite encore entre une mucocèle et un kyste, il faudra intervenir.

Il sera toujours indiqué de commencer par un traitement simple, par une ponction qui servira à éclairer le diagnostic, souvent aussi à améliorer l'affection.

La ponction sera faite après anesthésie à la novocaïne-adrénaline, avec un trocart de gros calibre, le trocart

de Krause. Du reste, étant donnée la minceur des parois sinusales, l'anesthésie sera presque inutile, tant la ponction se fait facilement. On peut ponctionner soit au niveau de la fosse canine, soit au niveau de la paroi interne, dans le méat inférieur. Le liquide en général est visqueux et épais, coulant mal par la canule.

On a préconisé des injections modificatrices dans la cavité du sinus, destinées à modifier cette muqueuse enflammée. Le permanganate de potassium, l'oxyde de zinc, l'iode, ont été successivement en faveur. Souvent elles auront une influence heureuse, mais il ne faudra pas trop s'y attarder et si les symptômes continuent, surtout si la ponction a infecté le sinus, ce qui arrive fréquemment, il faudra intervenir; ce sera le moyen le plus sûr d'arriver à un résultat.

Puisque nous avons admis que nous avons affaire à une sinusite chronique, il faudra la traiter comme telle et ouvrir largement la cavité du sinus.

Toutes les interventions proposées pour les sinusites aiguës ou chroniques peuvent être adoptées ici. On pourra ouvrir le sinus par sa paroi *nasale* (Claoué). En faisant une brèche suffisante, on obtiendra souvent un bon résultat, mais le curettage de la muqueuse malade est impossible ou très difficile par cette voie.

On peut être amené tout naturellement à intervenir par la paroi inférieure alvéolaire quand la mucocèle aura débuté par une affection dentaire. Dracke, en 1850, proposait cette façon de procéder. Souvent, d'autre part, le plancher du sinus bombe et attire le premier l'attention du chirurgien. Cette voie semble devoir être rejetée, car elle sera souvent l'origine de fistules interminables. Pro-

légée par la muqueuse buccale très épaisse à ce niveau et doublée d'un surtout fibreux, cette paroi est fortement soutenue; il faudra l'aborder par ailleurs. On se contentera d'arracher la dent mauvaise : le drainage que l'on peut faire par l'alvéole ne sera jamais suffisant étant donnée l'épaisseur du contenu de la mucocèle.

Une voie nous semble réunir tous les avantages et présenter le minimum d'inconvénients : c'est la voie bucco-nasale réalisée par l'opération de Cadwell-Luc.

On fait l'incision de Desault dans la fosse canine; on ouvre largement le sinus en détruisant toute sa paroi antérieure, puis on curette celui-ci d'une façon complète, en enlevant soigneusement tous les débris de muqueuse enflammés et dégénérés. On fait ensuite une contre-ouverture dans la fosse nasale du même côté et on termine en bourrant de gaze la cavité. Ce tamponnement sera laissé en place vingt-quatre heures. Après quoi, on pourra faire quelques lavages du sinus, puis le laisser se cicatriser et se combler seul. Maintenir simplement l'asepsie relative de la cavité nasale par des pommades appropriées.

Les suites opératoires seront en général fort simples. Nous avons eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, le dernier malade que nous avons opéré avec M. Patel. Il était en excellent état; la paroi inférieure du sinus, qui était ramollie au moment de l'intervention, et qui donnait l'impression d'être complètement détruite, était en partie régénérée. La voûte palatine avait repris sa forme normale. Il n'existait plus d'écoulement par le nez et la cicatrice de la fosse canine était presque invisible. Aucune déformation de la face.

Le malade de MM. Lannois et Rendu est en excellent état et son sinus est redevenu très normal.

Enfin, dans certains cas où le développement de la mucocele se fera surtout du côté de l'ethmoïde antérieur et de l'œil, comme dans l'observation que nous rapportons, il sera préférable de faire la trépanation fronto-orbitaire, préconisée par Kilian, et qui avait été employée dans ce cas par M. le professeur Rollet. L'incision curviligne interne donne un large jour sur l'ethmoïde antérieur et permet de pénétrer dans la cavité du sinus maxillaire.

Mais, dans la plupart des cas, la trépanation dans la fosse canine sera suffisante et permettra même d'explorer les prolongements du sinus maxillaire dilaté.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

« Due à l'obligeance de MM. le professeur LANNOIS et RENDU.

B... Joseph, âgé de 13 ans, est adressé au professeur Lannois pour une tuméfaction du maxillaire supérieur gauche. Il entre dans le service le 23 janvier 1913.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels.

L'affection a débuté, il y a dix à douze mois, par de violentes douleurs au niveau du maxillaire supérieur gauche, qui n'auraient duré qu'un jour et une nuit.

Un mois après environ, apparut insidieusement une tuméfaction au niveau de la face antérieure du maxillaire supérieur, tuméfaction indolore, qui augmenta progressivement de volume.

Fin décembre 1912, le malade est vu par le docteur Roussin, de Montélimar. « Il présentait alors un gonflement du maxillaire du volume d'une grosse noix. Cette tumeur paraissait s'étendre vers la voûte palatine, et, à la pression, on avait la sensation d'amincissement osseux nettement dépressible. A l'examen diaphanoscopique, grande luminosité de toute la région.

« Une ponction, pratiquée le 6 janvier 1913, donne issue à du liquide louche donnant au repos un culot important dans lequel le microscope décèle de très nombreux éléments de pus : globules blancs, polynucléaires prédominant ; quelques lymphocytes et certains éléments plus gros en petit nombre. »

Le 22 janvier 1913, le malade entre dans le service. La moitié gauche de la face est déformée par un infarctus dure, indolore, du volume de la moitié d'une petite mandarine, dont le centre est à égale distance (deux travers de doigt) du bord libre de la paupière inférieure, de l'aile gauche du nez et de commissure labiale gauche.

Dans le sillon gingivo-jugal gauche la tumeur fait une saillie du volume d'une petite noix, indolore à la pression.

La moitié gauche de la voûte palatine est le siège d'une saillie allongée, ovalaire, lisse, indolore. Le plancher de la fosse nasale gauche est soulevé et bombé entre la cloison et le cornet inférieur. On ne voit pas s'écouler de pus dans le méat moyen. L'enfant dit du reste n'en avoir jamais mouché. La tumeur est en tous ses points accessibles le siège d'une crépitation parcheminée et d'une fluctuation manifeste. La fluctuation se transmet en tous les points. Les dents sont au complet. La première molaire est cariée de chaque côté.

La transillumination qui avait montré, avant la première ponction, le sinus maxillaire gauche plus clair que le droit, montre, après la ponction, le maxillaire gauche plus sombre. On observe l'éclairage de la pupille gauche quand on fait regarder l'enfant à sa droite.

Une deuxième ponction, pratiquée le 23 janvier, laisse écouler spontanément 20 cc. d'un liquide jaune ambré, trouble, filant, laissant déposer un culot très abondant.

L'aspiration permet de retirer encore 20 cc. de liquide.

L'examen bactériologique montre des cultures pures de pneumocoques peu abondants (D^r Dufourt).

Une radiographie pratiquée le 30 janvier par le docteur Jaubert de Beaujeu montre des zones claires indiquant un amincissement du maxillaire.

30 janvier : intervention (D^r Lannois).

Ablation préalable de la première grosse molaire et de la deuxième prémolaire. Il s'écoule une certaine quantité de liquide mélangé de sang. Le petit doigt introduit par l'orifice ainsi créé pénètre dans une grande cavité.

Incision de la muqueuse dans le sillon gingivo-labial, puis de la paroi osseuse et l'on tombe dans une grande cavité. On agrandit l'orifice à la pince-gouge. L'auriculaire gauche introduit dans l'orifice alvéolaire rejoint l'auriculaire droit introduit par la fosse canine. On explore les parois de cette grande cavité osseuse, qui n'est autre que le sinus maxillaire très distendu. La muqueuse est lisse, non épaissie. Il ne semble pas y avoir de dépression correspondant à l'ostéum maxillaire. On met une mèche.

Les suites opératoires furent simples.

On fait tous les jours un lavage du sinus, dont la capacité diminue de plus en plus.

À l'endoscopie, on constate que la muqueuse est d'aspect normal.

Les déformations du massif facial diminuent progressivement.

Le 1^{er} mars, M. Lannois perfore à l'emporte-pièce de Hoffarth la paroi interne du sinus dans le méat inférieur.

Le 11 mars, avec une curette introduite par l'orifice alvéolaire, on prélève un fragment de la muqueuse sinusienne pour examen histologique, pratiqué par le docteur Bouchet.

Il s'agit non pas d'une poche kystique, mais d'un fragment de muqueuse du sinus.

Cette muqueuse offre un aspect qui doit faire soupçonner rappellent, quoique d'un peu loin, les cellules épithéliales. dans le derme, on voit de nombreuses cellules disposées sans ordre. Or, ces cellules s'éloignent sensiblement du type de la cellule inflammatoire; elles sont assez volumineuses et rappellent, quoique d'un peu loin, les cellules épithéliales.

Sans permettre d'affirmer l'épithélioma, il est certain que cet aspect histologique autorise de sérieuses réserves.

Cette observation semble intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous fournit un bel exemple de ce que nous avançons tout à l'heure en disant que souvent on avait

affaire non pas à une mucocèle, mais à une véritable hémato-cèle du sinus. Enfin, l'association fréquente des cellules ethmoïdales antérieures avec le sinus maxillaire est ici réalisée.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur ROLLET.)

Exophtalmie directe sans constatation de tumeur. Incision curviligne et ablation d'une mucocèle ethmoïdo-maxillaire du fond de l'orbite. Guérison.

Maria Esp..., âgée de 54 ans, entrée, le 27 mai 1908, à la clinique de M. le professeur Rollet.

Exophtalmie directe assez marquée de l'œil droit avec conservation des mouvements. L'exophtalmie augmente progressivement depuis deux ans. A consulté, il y a trois mois, à Lausanne; dans la suite, une exploration du sinus maxillaire par la fosse canine, a permis de constater un abaissement du plancher de l'orbite sans issue de liquide.

Actuellement, on ne sent rien à la palpation des sillons orbito-palpébraux, fond d'œil normal, V = I.

Le sinus maxillaire droit ne s'éclaire pas et la malade ne perçoit pas la lumière. Rien aux sinus frontaux.

30 mai. — M. Rollet, en présence de M. le professeur Deschamps, qui a adressé la malade, pratique une incision curviligne externe. De suite, on voit une tumeur vaguement fluctuante, adhérente en bas et en dedans, elle se déchire sous les tractions et donne issue à un liquide visqueux, couleur chocolat. Le doigt perçoit un orifice de communication avec le sinus maxillaire, qui semble cloisonné, et avec les cellules ethmoïdales. Ablation de la poche, drainage.

18 juin. — Œil en place, avec son intégrité parfaite, fistulette.

12 août. — La malade, revue à diverses reprises par M. Deschamps, est guérie complètement aujourd'hui, ni exophtalmie, ni fistule, vision normale.

OBSERVATION III

(Duc à l'obligeance de M. le professeur COLLET.)

Un homme d'une trentaine d'années se présente à ma consultation le 23 mai 1910 avec la joue déformée; le liquide contient de nombreuses tables de cholestérine, une grande quantité d'albumine, formée de globuline et de sérine, pas de fibrine, pas d'albumine, quelques globules rouges « sans doute dus à la ponction »; il n'y a qu'une faible réaction de la mucine. Le malade était un Tchèque, ne sachant pas un mot de français et travaillant dans un cirque qui a quitté la ville le lendemain; je n'ai donc pu avoir aucun renseignement clinique.

OBSERVATION IV

Une femme de 48 ans est envoyée à ma consultation de laryngologie de l'Hôtel-Dieu, le 7 décembre 1910, par mon collègue, le docteur Villard, chirurgien de cet hôpital, et dans le service duquel elle se trouve.

Voici l'observation résumée. Elle entre à l'hôpital pour une tuméfaction de la joue droite qui a débuté il y a un an; à cette époque, la malade, qui avait une mauvaise dentition, a souffert des dents en même temps que la moitié droite de la face se tuméfiait; la tuméfaction est demeurée à peu près stationnaire depuis ce moment; il y a quelques lancées, mais peu violentes, et la mastication n'est pas gênée. Il y a trois semaines, la malade s'est fait arracher une dent et depuis elle crache un liquide jaunâtre, elle ne mouche

pas de pus. La joue droite est tuméfiée, le maxillaire supérieur augmenté de volume, la pression du sillon nasogénien douloureuse; la voûte palatine, ogivale, a des dents déjetées et ébranlées; la dernière molaire manque (arrachée il y a trois semaines), la voûte palatine est tuméfiée jusqu'à un travers de doigt de la ligne médiane; le sillon gingivolabial est comblé par la tuméfaction; la palpation donne une sensation de crépitation parcheminée.

Par la ponction diaméatique, je retire un liquide transparent, de couleur jaune ambré, de consistance fluide, laissant un dépôt rougeâtre, dont voici l'analyse.

Réaction alcaline.

Pas de fibrine ni de colloïde.

Densité, 1 kil. 26.

Albumine (sérine et globuline), 54 gr. par litre.

Pas de graisse.

Pas de cholestérine.

Nombreux globules blancs et rouges.

Le lendemain, M. Villard pratique une trépanation gingivolabiale du sinus et constate la présence à son intérieur d'un liquide qu'il évacue complètement; tamponnement à la gaze. La malade a voulu quitter le service le 19 décembre, conservant encore un peu de suppuration.

Les deux observations qui nous ont été fournies par M. le professeur Collet montre combien le diagnostic peut être difficile entre la mucocèle et le kyste dentaire. L'examen clinique même n'est souvent que d'un faible secours, puisque, dans notre observation II, il n'y a que des traces de mucine, tandis que dans le second cas la mucine existe en abondance.

OBSERVATION V

(Inédite. — PATEL et ALOIN.)

Le malade vient consulter parce qu'il présente une tuméfaction au niveau de la joue droite; il ne souffre pas d'ailleurs. L'affection a débuté, il y a trois ans, par une fluxion dentaire qui a duré quelques jours. Puis les symptômes aigus disparaissant, la joue a augmenté de volume peu à peu, sans causer de douleur.

Il y a trois mois, extraction de la dent incriminée, qui est la première prémolaire droite; il ne s'écoule pas de liquide à ce moment. A deux reprises, le malade a eu un écoulement muqueux blanc jaunâtre par le nez. Depuis quelques jours, sans que le malade souffre, il s'est produit, dit-il, un écoulement de liquide muqueux par une fistule située à la partie postérieure de la voûte palatine.

A l'examen, on constate que la voûte palatine est déformée et bombe fortement du côté malade. La muqueuse, à ce niveau, est épaissie et infiltrée. On essaye de ponctionner au niveau de l'alvéole; on n'y arrive pas.

La paroi antérieure du sinus est amincie et donne la sensation de crépitation parcheminée.

On fait une ponction au niveau du méat inférieur, qui donne issue à un liquide épais, mucoïde, jaune clair.

Le lendemain, le malade est opéré par M. Patel : trépanation de la fosse canine et contre-ouverture nasale. On trouve une muqueuse épaissie.

La paroi inférieure est complètement envahie par l'ostéite et semble fongueuse. Il s'écoule encore un peu de liquide.

On prélève quelques fragments de muqueuse pour l'examen histologique, qui donne les résultats suivants (voir fin de l'observation) : D^r Gravier.

Le malade a été revu trois semaines après son opéra-

tion. Il va très bien. La voûte palatine n'est plus déformée et a repris sa consistance normale.

L'examen a porté sur trois fragments obtenus par curettage de la cavité sinusale, après fixation à l'alcool, inclusion à la paraffine. L'examen des coupes de divers fragments a donné les résultats suivants : La paroi de la poche est composée :

1° D'un noyau connectif fortement fibreux, manquant en certains points, sans doute parce qu'il s'agit de débris de curettage;

2° D'un tissu plus lâche formé par un réticulum assez fin parsemé de travées connectives plus fortes, de petite longueur et formé encore de vaisseaux sanguins nombreux (capillaires et artériels). Dans les mailles de ce tissu connectif, nombreux éléments cellulaires, comprenant : *a*) des mastzellen; *b*) des polynucléaires; *c*) des noyaux de cellules connectives; *d*) enfin, suivant les points et les coupes, on rencontre quelques petits amas de 4 ou 5 cellules, qui sont en train de picroser. Deux cellules géantes fort atypiques, dont les noyaux sont sans aucun ordre dans le protoplasma cellulaire. Enfin formations globuleuses excessivement nombreuses, sur une des coupes, se colorant en rouge très intense, dont on ne peut voir ni la structure protoplasmique, ni la présence de noyaux et dont on ne peut indiquer la signification;

3° Sur l'une des coupes seulement et en un point très limité, ce tissu connectif lâche est revêtu d'un épithélium; il s'agit d'un épithélium polystratifié. La membrane basale se voit mal, car de nombreuses cellules inflammatoires infiltrant entre les cellules;

4° Partout ailleurs, l'épithélium n'existe plus, soit par suite de la suppuration, soit par suite du curettage, et immédiatement au-dessous du tissu inflammatoire, on trouve un coagulum sanguin.

OBSERVATION VI

(In thèse Pierre-Auguste-Henry Hausmann, 1904-1905. — Due à l'obligeance du docteur BICHATON, 1903. Clinique laryngologique de Nancy.)

M^{me} E... A..., de Pont-à-Mousson, âgée de 51 ans, se présente à la clinique rhinologique de Nancy le 2 décembre 1903, et y est examinée par M. le professeur agrégé Jacques.

La malade se plaint surtout d'une obstruction nasale intense, ayant débuté, il y a environ un mois, et prédominant sur la fosse nasale droite, qui est presque totalement bouchée. La respiration est à peu près exclusivement buccale. La patiente dit moucher très peu et en particulier n'avoir jamais mouché de pus.

Comme antécédents, rien de particulier à noter.

Examen direct : on constate d'abord très peu d'asymétrie faciale, la joue droite paraissant légèrement soulevée. Le pli naso-génien est atténué. En relevant la lèvre supérieure, on constate que le sillon gingivo-buccal est abaissé et présente, au niveau des prémolaires, une saillie hémisphérique du volume d'une noisette, dure et recouverte d'une muqueuse normale.

A la rhinoscopie antérieure, pratiquée, on se trouve en présence d'une masse blanchâtre assez volumineuse, située dans le méat moyen, qu'elle occupe en totalité, et refoulant le cornet très aminci contre la cloison, elle-même déplacée vers la gauche.

Cette tumeur intra-nasale est légèrement rénitente, peu dépressible; de couleur blanchâtre, on voit courir à sa surface des arborisations vasculaires; la muqueuse qui la recouvre est très mince et atténuée à peine au stylet la résistance caractéristique de l'os sous-jacent.

Il n'y a pas, d'autre part, d'asymétrie de la voûte palatine.

Les autres annexes sont saines.

La transillumination donne une obscurité totale du sinus maxillaire droit. Le sinus frontal correspondant ne paraît pas affecté.

On procède alors à la prise d'un fragment à l'emporte-pièce.

Au sommet de la tuméfaction intra-nasale, l'instrument traverse aisément une lamelle osseuse mince et donne issue à un liquide muqueux très épais.

On pratique ensuite, au moyen d'une sonde d'Itard, un lavage qui fait sourdre un amas brun verdâtre, d'aspect dichroïque, de consistance crémeuse, homogène, avec une certaine viscosité et dont la quantité est évaluée à 25 ou 30 centimètres cubes.

Après évacuation du contenu, on constate que le kyste est revêtu intérieurement d'une membrane très mince, de coloration blanc nacré, d'aspect plutôt sec.

Le diagnostic étant dès lors assuré, on étend la résection à toute la hauteur du méat moyen.

Des irrigations sont pratiquées quotidiennement dans la cavité du kyste dont la sécrétion ne tarde pas à se tarir complètement.

La malade est revue quelques semaines après. Elle n'éprouve plus aucune gêne, et la voussure de la joue et celle du sillon naso-génien se sont considérablement atténuées.

La saillie qui, après l'évacuation du liquide, était relativement dépressible, avec crépitation parcheminée, a repris une consistance plus ferme en même temps qu'elle s'est affaissée.

OBSERVATION VII

(In thèse Pierre-Auhuste-Henry Hausmann, 1904-1905. — Due à l'obligeance du docteur BICHATON. Clinique laryngologique de Nancy).

M. H... V..., de Nancy, âgé de 29 ans, se présente à la

clinique de Nancy, le 4 juin 1904, se plaignant d'une obstruction nasale datant de quinze jours et d'un gonflement de la joue droite.

À la simple inspection, on constate effectivement une déformation assez accusée de la face, la joue droite paraissant notablement augmentée de volume.

Le pli naso-génien est à peu près effacé. À la rhinoscopie antérieure, on voit le plancher nasal du côté droit soulevé par une tumeur lisse, recouverte d'une muqueuse normale, refoulant en haut le cornet inférieur et présentant une dureté osseuse au stylet.

Du côté de la bouche, le sillon gingivo-buccal est comblé par une tuméfaction recouverte également de muqueuse normale, de la grosseur d'une noix, lisse, de consistance inégale.

La localisation faisant songer plutôt à une affection d'origine paradentaire, une ponction exploratrice est pratiquée avec une seringue de Pravaz, ponction dont le résultat est, d'ailleurs, négatif.

L'incertitude du diagnostic amène à pratiquer, sous chloroforme, la trépanation du sinus maxillaire au niveau de la fosse canine.

Il s'écoule alors en abondance de la cavité un liquide visqueux, épais, homogène, légèrement brunâtre, hématique.

Après évacuation complète, les parois sinusiennes sont lisses, tapissées par une muqueuse pâle et amincie.

Une contre-ouverture nasale est jugée opportune : elle est pratiquée au niveau de la voussure du plancher et de la partie avoisinante du méat inférieur.

On écouvillonne l'intérieur de la cavité avec du chlorure de zinc au 1/10^e, afin d'en modifier le revêtement.

Enfin, une mèche de gaze est laissée en place. Fermeture immédiate du côté de la bouche ; les suites de l'opération sont simples et on extrait la mèche de gaze quarante-huit heures après.

Le malade rentre chez lui huit jours plus tard, sans avoir

subi d'irrigations et sans autres prescriptions que des inhalations mentholées.

De temps à autre, une fois par semaine, le malade est venu se présenter à notre observation et se soumettre à un lavage destiné à éliminer quelques croûtes formées autour de l'orifice de térébration.

OBSERVATION VIII

(In thèse Pierre-Auguste-Henry Hausmann, 1904-1905.
Méd. Record., 1899.)

Un malade, âgé de 42 ans, souffre d'une douleur à la joue gauche existant depuis plusieurs jours; mais, pendant les dernières vingt-quatre heures, la douleur a atteint une intensité telle qu'elle empêchait le malade de dormir.

La douleur était surtout localisée à la région de la deuxième petite molaire supérieure gauche, cette dent ayant été extraite quinze mois auparavant.

La joue gauche était très tuméfiée. Tout semblait indiquer une affection du sinus maxillaire gauche. L'éclairage par transparence, qui ne donne pas toujours, il est vrai, de résultats concluants, aurait peut-être révélé quand même une différence plus ou moins appréciable.

On pose le diagnostic de mucocèle et, sur l'insistance du malade, on pratiqua aussitôt une ponction exploratrice par le bord alvéolaire. Résultat négatif.

Une sonde introduite par l'ouverture arrive sur une membrane résistante, dont la ponction donne issue à un liquide visqueux, non fétide, et le malade se sent aussitôt soulagé. On introduit alors dans le sinus une petite canule et tous les efforts tendant à faire ressortir le liquide de l'injection par l'orifice maxillaire de la fosse nasale restent vains.

Le lendemain, on pratique une large ouverture dans la fosse canine et la membrane est enlevée avec la curette, non sans difficulté, car elle était très résistante par places.

Après que la cavité eut été curettée, on pratiqua une injection dans le sinus et, cette fois, le traitement consista, pendant trois jours, en injections boriquées et tamponnements à la gaze iodoformée ; puis les tamponnements furent supprimés et le malade se faisait lui-même deux injections par jour.

CONCLUSIONS

I. — La mucocèle du sinus maxillaire est produite par la rétention de mucus dans l'antre d'Highmore.

II. — C'est une affection très rare. Sa pathogénie est encore très discutée. Elle n'est pas univoque. Tantôt c'est un kyste par rétention glandulaire, tantôt c'est une rétention des produits sécrétés par une muqueuse enflammée chroniquement et retenus grâce à une inflammation acquise ou plus souvent congénitale sous interposition d'une paroi kystique.

III. — L'examen histologique montre la plupart du temps une muqueuse enflammée et rien de plus; dans quelques cas, un épithélium faisant penser à un kyste glandulaire.

VI. — Le diagnostic de la mucocèle est difficile. On peut la confondre avec toutes les tumeurs bénigne ou maligne du sinus, et surtout avec les kystes paradentaires. La ponction exploratrice sera du plus grand secours.

V. — Le traitement de la mucocèle est simple. On ouvrira largement la cavité du sinus par la fosse canine et,

après curettage de la muqueuse, on drainera par la fosse nasale. On pourra faire, suivant le cas, des lavages modificateurs.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

COLLET.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 juin 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Archives internationales de laryngologie*, 1899, p. 199. — Diagnostic de la sinusite maxillaire avec la syphilis gommeuse du sinus.
- 1901, p. 251. — Path. de l'hydrorrhée nasale dans le coryza spasmodique avec examen histologique des muqueuses hydrorrhéiques.
- BOYER. — Maladies chirurgicales, 1846, t. V. p. 123.
- BRANDT. — Empyèmes et kystes.
- DELIE. — Hydropisie du sinus maxillaire, p. 843.
- DESCHAMP. — Traité des maladies des fosses nasales. Paris, an XII.
- DESMARQUAY. — Tumeurs de l'orbite, p. 27.
- FRÉMON. — Pneumonies d'origine kystique. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, Moure, 1898.
- GIRALDÈS. — Schleimeysten des Oberkiefers. *Virch. Arch.* IX.
- HAUSMANN. — De la mucocèle du sinus. Thèse Nancy, 1904.
- HEATH. — Maladies des mâchoires, p. 160.
- JACQUES et MICHEL. — Contribution à l'étude des kystes dentaires du maxillaire supérieur : leurs rapports avec le sinus maxillaire. *Revue de laryngologie*, nos 11 et 12.
- JACQUES et BERTEMÈS. — Des tumeurs bénignes des sinus de la face en particulier du sinus maxillaire. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 22 juin 1901.
- LICHTWITZ. — De l'hydrorrhée nasale. *Ann. des maladies de l'oreille*, 1893, p. 559.

- LORCIN. — Des tumeurs épithéliales bénignes des sinus de la face.
Thèse de Nancy, 1902.
- LUR. — *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1899,
n° 4.
- MARCHAND. — Essai sur les kystes muqueux du sinus maxillaire. Th.
de Strasbourg, 1868.
- MARTIM. — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du maxil-
laire supérieur et de leur traitement opératoire. *Deuts-
scheits Chirurgie*.
- MAGITOT. — *Gaz. hebdom. méd. et chirurgie*, 1876; kystes du maxil-
laire supérieure.
- MEYER. — 1896. p. 208.
- NOVÉ-JOSSERAND et COTTE. — Pneumatocèle du sinus maxillaire.
Lyon Médical, 1907, p. 446.
- RIOLACCI. — Des troubles oculo-orbitaires dans les sinusites maxil-
laires. Thèse de Lyon, 1897.
- ROLLET. — Affections traumatiques et inflammatoires de l'orbite
(sinusites périorbitaires).
- Semaine Médicale* 1911. — Pneumo-tympan et pneumo-sinus fron-
tal; complicat. bénignes du coryza grippal, p. 612.
- SIR ANTOINE. — Etude critique sur la pathogénie des kystes para-
dentaires uniloculaires. Thèse de Nancy, 1903.
- TURNER. — Kystes dentaires du maxill. Société viennoise de laryn-
gologie, 1902.
- ZIEM. — Diagn. et traitement des aff. du sinus maxillaire. *Berlin.
Klin. Wochenschrift*, 1888.
- ZUCKERKANDL. — Anatomie der Nasenhöhle.
-

25193.4 — IMPRIMERIES RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS, LYON.
